

Un élément central de la pratique quotidienne

Les techniques de communication dans le quotidien clinique

Christoph Becker^{a,b}, Roger Mäder^c, Sabina Hunziker^{a,d}

^a Communication médicale/ Psychosomatique, hôpital universitaire de Bâle; ^b Centre des urgences, hôpital universitaire de Bâle;

^c FOSUMOS, Forum Suchtmedizin Ostschweiz, Saint-Gall; ^d Faculté de médecine, hôpital universitaire de Bâle



Une bonne communication médecin-patient est source de confiance, et peut influencer significativement certains facteurs essentiels pour le patient, comme sa satisfaction, mais aussi l'efficacité et la précision d'une thérapie.

Introduction

La communication est un élément central de notre quotidien clinique, et forme le socle d'une bonne relation médecin-patient. C'est pourquoi de nombreuses associations de médecins considèrent la communication médecin-patient comme une compétence de base de la profession médicale [1].

Aujourd'hui encore, à l'heure de la médecine de haute technologie, 90% des diagnostics médicaux peuvent être établis – et la thérapie correspondante engagée – au moyen d'une anamnèse et d'un examen corporel consciencieux [2].

La communication entre médecin et patient étant une conversation d'ordre professionnel, elle se distingue de la communication dans la sphère privée. Outre le jargon médical, qui déconcerte souvent les patients, il règne aussi un «déséquilibre des forces» entre le médecin et le patient. Le médecin a par exemple le droit de poser des questions intimes ou d'examiner le patient, tandis que celui-ci cherche de l'aide, et aimerait, grâce au savoir du médecin, en apprendre plus sur sa maladie. Cela peut inciter le patient à se comporter de manière passive et à laisser au médecin l'initiative de la conversation au lieu de la prendre lui-même. Le médecin doit donc veiller à ce que le patient, afin d'être en mesure de parler de ses problèmes, puisse assumer son droit de parole.

Annoncer une mauvaise nouvelle – *breaking bad news*

Lorsqu'on annonce une mauvaise nouvelle, on aborde des thèmes critiques susceptibles d'avoir un effet durable sur le patient. Il s'agit généralement de l'annonce d'un mauvais diagnostic (une maladie tumorale, par

exemple) ou du décès d'un proche. Outre la transmission d'informations médicales, c'est ici une compétence empathique et communicationnelle qui est demandée au médecin. Dans ces situations, une bonne communication peut aider le patient à mieux assimiler ces brusques changements de perspective sur sa vie ou son avenir, ce qui peut à son tour améliorer le résultat du traitement pour lui-même et ses proches.

Ces dernières années, deux techniques de communication se sont imposées qui présentent de fortes similitudes: les protocoles SPIKES (EPICES dans sa version française) [3] et BAD (tab. 1).

Pour la réussite d'une telle conversation, la préparation est importante. Les patients et les proches apprécient que l'entretien ait lieu dans une atmosphère privée et tranquille [4]. Le médecin devrait prendre un soin particulier à éviter les interruptions importunes comme les appels téléphoniques, ou, s'il n'est pas possible de faire autrement, au moins les annoncer. Il importe en outre de déterminer le niveau de connaissances du patient ou de ses proches avant d'annoncer la mauvaise nouvelle. Cela signifie aussi que le médecin, pour pouvoir transmettre l'information de manière opportune, doit être bien informé.

L'annonce de la nouvelle elle-même doit être précédée de ce qu'on appelle un «warning shot» («je suis désolé, j'ai malheureusement une mauvaise nouvelle...») et rester la plus concise possible («nous avons trouvé des cellules malignes, vous avez un cancer»).

Il importe ensuite d'attendre la réaction du patient/proche et d'y répondre.

Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la réponse aux émotions est centrale. Il s'agit la plupart du temps de réactions émotionnelles qui nécessitent un espace. Il est ici recommandé, avant toute autre chose, d'attendre «activement» que le patient ou les proches

Tableau 1: Schéma BAD pour la transmission de mauvaises nouvelles.

Break bad news
<ul style="list-style-type: none"> • En ma qualité de médecin, que dois-je savoir? → Antécédents médicaux → Chronologie des événements passés
<ul style="list-style-type: none"> • Que sait déjà le patient? Que savent les proches? → Déjà au courant du diagnostic?
<ul style="list-style-type: none"> • «Warning Shot»: préparer l'annonce de la nouvelle → «J'ai malheureusement une mauvaise nouvelle pour vous...»
<ul style="list-style-type: none"> • KISS – Keep It Short and Simple (Transmission des informations en phrases courtes et simples) → «Nous avons trouvé des cellules malignes dans l'échantillon de tissu prélevé lors de la coloscopie. Cela signifie que vous avez un cancer du côlon.»
Acknowledge the reaction
<ul style="list-style-type: none"> • Attendre! • Répondre aux émotions (protocole NURSE) • Ne pas consoler trop tôt • Informer le patient à sa demande
Discuss the near future
<ul style="list-style-type: none"> • Les informations dont le patient doit disposer maintenant • Quelle est la suite concrète des événements ? • Amortir la mauvaise nouvelle par des aspects positifs (dans la mesure du possible) → «Nous avons découvert la tumeur à un stade précoce...» • Fixer le prochain rendez-vous

soient prêts à reprendre la conversation. Le patient en donne généralement le signal en reprenant le contact visuel avec le médecin, et/ou en posant une question. C'est seulement quand le patient ou les proches sont prêts à reprendre la conversation que des informations médicales supplémentaires peuvent être données – et trouver une oreille.

Enfin, les étapes suivantes du diagnostic ou de la thérapie (examens ou rendez-vous, par exemple) peuvent être concrètement évoquées.

La prise de décision partagée – *shared decision making*

Internet met aujourd'hui à la disposition des patients et des proches de nombreuses possibilités de se renseigner. En outre, les patients veulent de plus en plus être associés aux décisions concernant les examens et les thérapies [5].

La prise de décision commune et partagée, également appelée *shared decision making*, est une technique de communication qui a gagné en importance ces dernières années.

Une prise de décision partagée devrait toujours être visée quand se présentent deux options thérapeutiques

équivalentes en soi (chacune avec ses avantages et ses risques). De ce cas de figure, la pratique fournit entre autres les exemples suivants: le traitement de l'hypertension artérielle (style de vie contre médicaments), les méthodes de dialyse (hémodialyse contre dialyse péritonéale), le dépistage du cancer (du sein, de la prostate), ou encore les discussions sur les mesures de prolongation de la vie.

Pour transmettre au patient des informations médicales complexes, on peut faire usage, dans le cadre de la prise de décision partagée, d'aides à la décision (*decision aids* en anglais) [6]. Celles-ci permettent par exemple, grâce à des informations médicales mises à jour empiriquement, de représenter visuellement les risques et bénéfices individuels au moyen de graphiques. L'objectif est ici d'informer le patient de manière neutre, sans l'influencer.

La *shared decision making* a pour but de peser, avec les meilleures données possible et une bonne transmission des informations, les différentes options thérapeutiques, puis de prendre une décision commune qui respecte les projets et les préférences du patient. Le patient informé doit ainsi être mis en capacité d'influencer la décision de manière indépendante et active. Des études ont montré que la prise de décision partagée permettait d'augmenter la satisfaction du patient et de sa responsabilité individuelle [7].

La transmission des informations – la métaphore du livre

Pour informer les patients le mieux possible, nous autres médecins avons souvent tendance à expliquer des résultats d'analyse ou un état médical avec force détails. Les patients, et particulièrement ceux qui ont une culture médicale (*health literacy*) faible, risquent de se perdre dans ces informations. Nous surestimons souvent la capacité des patients à assimiler des informations médicales. La «Cognitive Load Theory», qui nous vient du domaine de la psychologie, nous apprend qu'une personne ne peut retenir qu'un nombre limité d'informations nouvelles, et ce pour une durée elle aussi limitée. Les situations de stress, telles que la peur ou une affection corporelle, peuvent encore réduire la capacité d'assimilation du patient. Des informations médicales cruciales peuvent ainsi être oubliées après quelques minutes, en conséquence de quoi le patient est parfois incapable de nommer son diagnostic, sa thérapie, ou des recommandations importantes [8, 9].

La technique communicationnelle dite de la métaphore du livre [10] constitue une possibilité d'améliorer la capacité de mémorisation des patients. Dans la

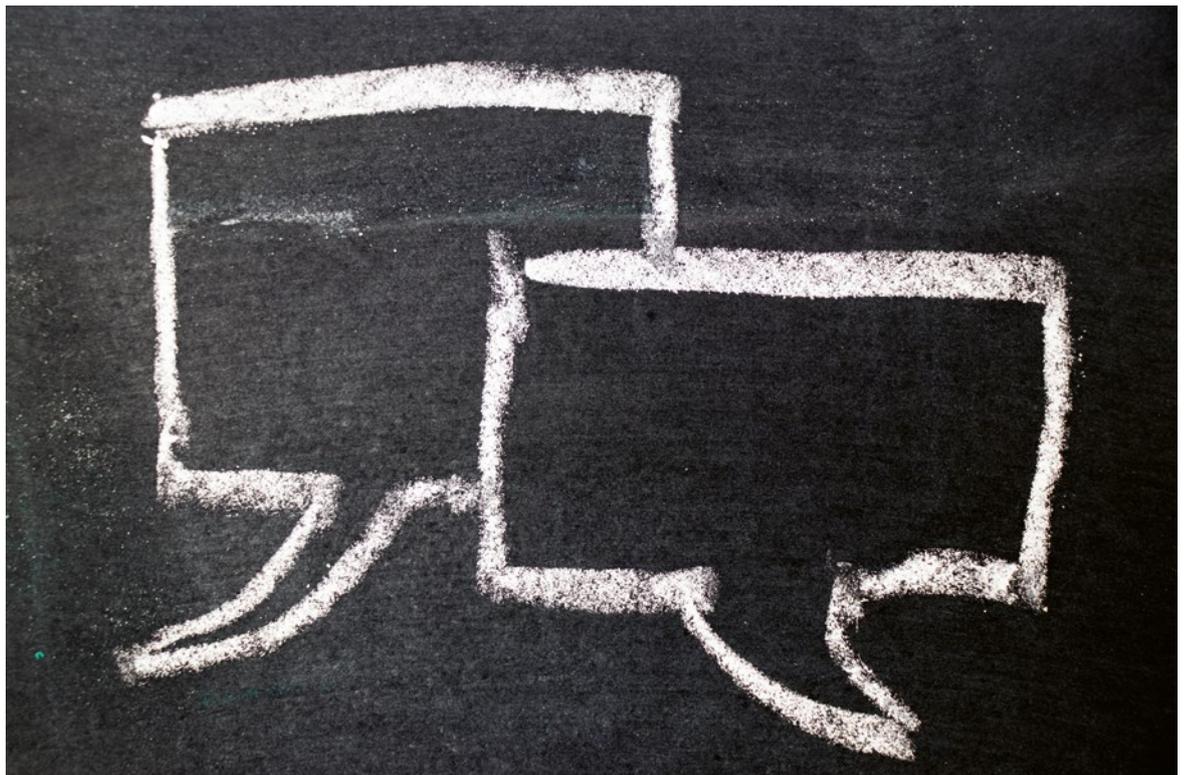
métaphore du livre, les informations sont structurées et transmises de manière similaire à la composition d'un livre.

Pour commencer, il faut donner le «titre», c'est-à-dire l'objet de la conversation (par exemple: «J'aimerais parler avec vous de vos palpitations»). On évoque ensuite tous les points («chapitres») dont on aimerait parler. En fonction de la quantité d'informations, il faut ici se concentrer sur les aspects essentiels. Une telle composition peut prendre la forme suivante: «Trois points sont importants pour moi. Premièrement, ce qui est à l'origine des palpitations. Deuxièmement, comment nous pouvons traiter le problème. Et troisièmement, ce à quoi vous devez prêter attention.» Le patient connaît maintenant les grands traits, c'est-à-dire les principaux objets de la transmission d'informations. On peut alors enchaîner en remplissant les informations elles-mêmes de «texte»; ce faisant, les titres de chapitre sont évoqués de nouveau et expliqués plus en détail: «Pour ce qui est du premier point, l'origine de vos palpitations, l'ECG a révélé une fibrillation auriculaire...»; «Passons au deuxième point, le traitement de la fibrillation auriculaire. J'aimerais vous prescrire des anticoagulants...»; «Et dernier point, ce à quoi vous devez prêter attention: les anticoagulants augmentent le risque d'hémorragie...» Dans leur étude, Langewitz et al. ont montré qu'à l'aide de cette méthode, on pou-

vait améliorer la capacité des patients en situation d'urgence à mémoriser des informations médicales lors de l'entretien de sortie. Les médecins sont en outre perçus comme mieux organisés et plus compétents [10].

L'entretien de sortie est un moment particulièrement critique, lors duquel d'importantes informations peuvent se perdre par malentendu ou incompréhension. Or, la compréhension de consignes thérapeutiques aussi essentielles que l'utilisation d'un inhalateur ou la durée d'un traitement antibiotique est une condition élémentaire de la réussite thérapeutique. Les patients dont le niveau de culture médicale (*health literacy*) ou d'organisation psychique est peu élevé semblent présenter un risque accru [11]. Sous le nom de méthode *teach-back*, une approche a été développée dans laquelle le patient doit pouvoir résumer dans ses propres mots les informations fournies par le médecin, ou expliquer ses consignes. Le médecin peut alors vérifier la bonne compréhension du patient et, le cas échéant, corriger les malentendus. Cette approche se base sur l'idée, issue de la psychologie cognitive, selon laquelle résumer ainsi les informations importantes optimise la capacité de mémorisation [12].

En s'assurant de la bonne compréhension du patient, le médecin doit procéder à ce qu'on appelle un «blaming myself». En employant la formulation «Je vous ai ra-



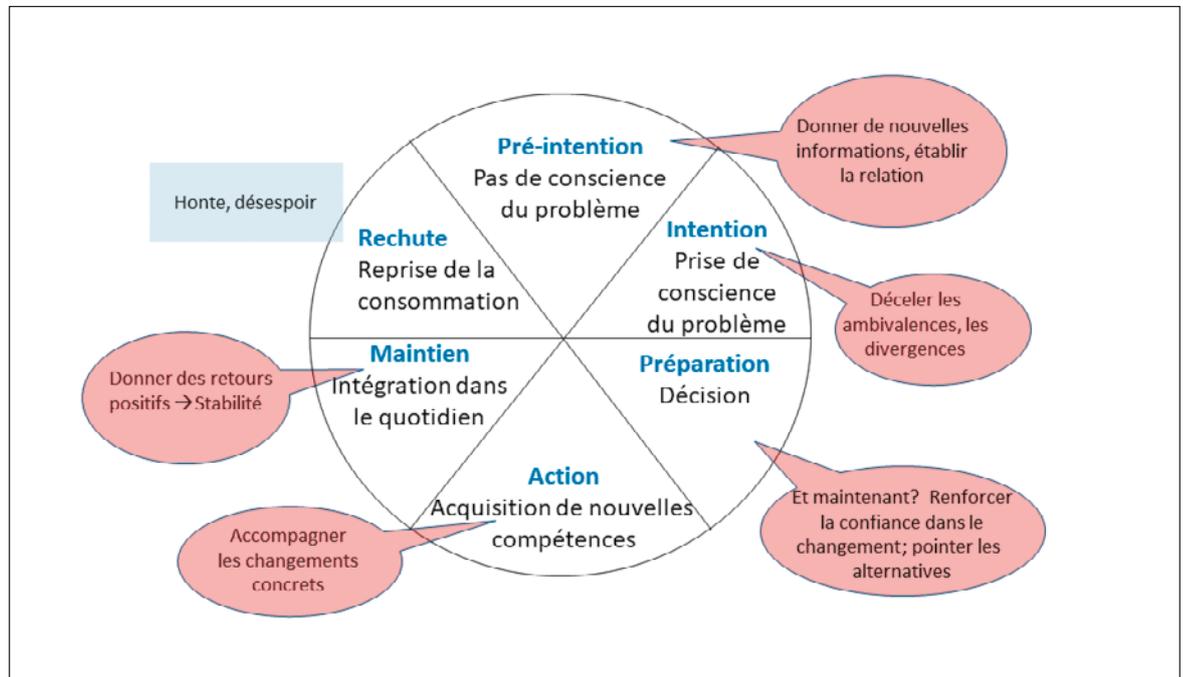


Figure 1: Le modèle transthéorique du changement, d'après Miller et Rollnick, *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York.

conté beaucoup de choses, et je ne suis pas sûr de tout vous avoir bien expliqué. Pourriez-vous me dire dans vos propres mots ce que vous avez compris?», on aide le patient à reconnaître qu'il n'a pas compris quelque chose. En revanche, face à la question «Est-ce que vous avez compris?», il lui sera nettement plus désagréable de faire le même aveu. Pris de honte, le patient risque de répondre par l'affirmative même si quelque chose reste incompris.

La communication avec les patients dépendants

Cet intitulé pourrait suggérer que la communication avec les consommateurs de substances addictives se passe autrement qu'avec les autres patients dans le cabinet médical. Est-ce vraiment le cas, et si oui, quelles sont les raisons d'une telle perception?

Cela s'explique peut-être par le fait que l'auto-stigmatisation de ces patients, souvent constatée, rend impossible tout espoir de changement. Si de son côté non plus, le médecin de famille ne voit pas beaucoup (ou pas du tout) de chances de changement dans l'évolution de la dépendance, il renforce encore le caractère désespéré de la situation, et contribue ainsi à typologiser le «toxicomane». L'absence de tout espoir de changement, et ce chez les personnes saines comme chez les personnes malades, influe beaucoup sur la motiva-

tion, et génère un sentiment de frustration. Cette apparente absence de solution conduit à penser qu'une «autre forme» de communication est nécessaire, et peut même inciter le médecin à fixer des objectifs sans impliquer le patient – ce qui augmente la probabilité d'un échec.

Il en résulte fréquemment une divergence entre les objectifs visés (consommation contre abstinence, par exemple), qui, alliée au fait que le patient ne veut pas parler de son problème de consommation, alors que le médecin, en raison des résultats de laboratoire, est d'avis que quelque chose doit changer, débouche sur une situation conversationnelle typique des personnes dépendantes, et renforce ainsi leur image de «patients difficiles».

Ces schémas explicatifs ne sont donnés qu'à titre d'exemple, et ne peuvent faire office de conclusion. Cette énumération souligne la nécessité d'une autoréflexion du thérapeute, qui doit réévaluer sa propre attitude vis-à-vis des consommateurs de substances addictives. L'autocritique du médecin peut contribuer à éclairer sa position personnelle (esprit de partenariat, acceptation, compassion). Si l'on y ajoute la prise de décision partagée décrite ci-avant, on voit se dessiner un autre type de relation, et la communication avec les consommateurs de substances addictives ne se distingue plus forcément des conversations avec les autres patients.

Dès 1982, William R. Miller et Stephan Rollnick ont développé le modèle de l'«entretien motivationnel», décrit comme suit:

«L'entretien motivationnel est un style de communication collaboratif, orienté vers un but, avec une attention particulière accordée au langage du changement. Il est conçu pour renforcer la motivation et l'engagement de la personne dans sa poursuite d'un objectif spécifique, en dégageant et en explorant, dans un climat d'acceptation et de compassion, les raisons particulières qui la motivent à vouloir changer.» [13] Il s'agit avant tout, de concert avec le patient, de solliciter et faire ressortir ce qui est déjà là, et non de chercher à ajouter quelque chose qui manque.

Ce faisant, la conversation doit être considérée comme une réunion d'experts entre le médecin de famille et le patient. L'expertise du médecin concerne le diagnostic, le pronostic, les options thérapeutiques possibles et les probabilités de résultat. Quant à celle du patient, elle porte sur son expérience de la maladie, sa situation sociale, ses valeurs et ses préférences. Cette approche se caractérise par un dialogue d'égal à égal, et peut se voir comme une danse avec le patient [14].

Le médecin de famille peut aussi se voir comme un expert en procédures de traitement et de conseil. Dans cette perspective, l'établissement des relations est un facteur décisif pour la bonne poursuite de la prise en charge. Le temps supplémentaire investi dès le début pourra peut-être s'avérer utile à un stade ultérieur du traitement.

On tirera également profit du «modèle transthéorique du changement» de Prochaska et DiClemente, qui divise ce processus en différentes parties (fig. 1) [15].

Praticien Addiction Suisse

www.praticien-addiction.ch est une plateforme d'information relative à la médecine de l'addiction dédiée aux médecins de famille exerçant en Suisse. Elle se compose notamment d'un manuel (rédigé en trois langues) qui propose gratuitement des informations et des instructions concrètes sur toutes les substances addictives courantes, mais aussi sur les comportements addictifs liés à ces substances (comme les jeux d'argent). On y trouvera par exemple un chapitre récemment mis à jour intitulé «Les cannabinoïdes en médecine». Ce manuel est rédigé et régulièrement actualisé par des spécialistes de la dépendance, en collaboration avec des médecins de famille. Est aussi proposé un service d'information par e-mail. Les demandes concernant la médecine de la dépendance trouveront ici une réponse rapide, compétente (les intervenants disposent d'un réseau de spécialistes dans toute la Suisse, mais aussi dans les pays frontaliers), et se référant aux particularités et aux possibilités de prise en charge régionales. L'objectif est d'intéresser les médecins de famille à la médecine de la dépendance et de faciliter leur travail avec les personnes dépendantes.

Conclusion

L'entretien motivationnel est un outil utile dans la communication avec les consommateurs de substances addictives, mais n'est pas exclusivement destiné à cette population. À l'inverse, les processus de communication décrits plus haut sont tout aussi pertinents pour la population soi-disant difficile des patients dépendants – en tout cas, ceux-ci ne se distinguent pas d'autres personnes atteintes de maladies chroniques, et font partie du quotidien du médecin de famille.

Crédit photo

ID 108877791 © Thanee Hengattanapong | Dreamstime.com

Références

- Andolsek K, Padmore J, Hauer KE, Edgar L, Holmboe E. Accreditation Council for Graduate Medical Education Clinical Competency Committees A Guidebook for Programs 2017 [2nd.]. Available from: <https://www.acgme.org/Portals/0/ACGMEClinicalCompetency-CommitteeGuidebook.pdf?ver=2017-10-18-141730-107>.
- Paley L, Zornitzki T, Cohen J, Friedman J, Kozak N, Schattner A. Utility of clinical examination in the diagnosis of emergency department patients admitted to the department of medicine of an academic hospital. *Arch Intern Med.* 2011;171(15):1394–6.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302–11.
- Figg WD, Smith EK, Price DK, English BC, Thurman PW, Steinberg SM, et al. Disclosing a diagnosis of cancer: where and how does it occur? *J Clin Oncol.* 2010;28(22):3630–5.
- Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med.* 2007;64(6):1297–310.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD001431.
- Hess EP, Hollander JE, Schaffer JT, Kline JA, Torres CA, Diercks DB, et al. Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. *BMJ.* 2016;355:i6165.
- Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96(5):219–22.
- Sanderson BK, Thompson J, Brown TM, Tucker MJ, Bittner V. Assessing patient recall of discharge instructions for acute myocardial infarction. *J Healthc Qual.* 2009;31(6):25–33; quiz 4.
- Langewitz W, Ackermann S, Heierle A, Hertwig R, Ghanim L, Bingisser R. Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. *Patient Educ Couns.* 2015;98(6):716–21.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107.
- Griffey RT, Shin N, Jones S, Aginam N, Gross M, Kinsella Y, et al. The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *J Commun Healthc.* 2015;8(1):10–21.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung.* 3. Auflage, Lambertus
- Anne Sybil Götschi, Tanzen statt kämpfen, *ARS MEDICI* 7/2006
- C. C. DiClemente, J. O. Prochaska, S. K. Fairhurst, W. F. Velicer, M. M. Velasquez, J. S. Rossi: The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 59(2), 1991.

Correspondance:
Prof. Dr. med.
Sabina Hunziker
Abteilung für Medizinische
Kommunikation/
Psychosomatik
Universitätsspital Basel
Klingelbergstrasse 23
CH-4031 Basel
Sabina.Hunziker[at]usb.ch;
SabinaHunziker[at]
gmail.com